



Campagne nationale FORAP - HAS

MESURE DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES SOINS

AUPRÈS DES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

GUIDE DE LA CAMPAGNE



Mars 2023

Pourquoi ce guide ?

Ce guide a pour objet de vous accompagner tout au long de cette campagne tant dans sa mise en place que dans la réalisation de la mesure, l'analyse, l'appropriation et l'exploitation des résultats et la mise en place d'actions d'amélioration pertinentes.

Ce guide s'adresse aux professionnels de l'équipe projet chargés de la mise en œuvre de la campagne au sein de leur établissement.

Sommaire

I. CONTEXTE.....	4
II. OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE.....	5
III. PILOTAGE.....	6
IV. MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE	8
1. Outil de mesure	8
2. Etablissements concernés par la mesure	9
3. Périmètre de la mesure	9
4. Professionnels concernés par la mesure	10
5. Recueil des données.....	11
V. RAPPORT DE RESULTATS	12
VI. RESTITUTION DES RÉSULTATS et ACTIONS D'AMÉLIORATION	13

I. CONTEXTE

La culture de sécurité est définie comme « un ensemble de manières de faire et de manières de penser largement partagées par les acteurs d'une organisation à propos de la maîtrise des risques les plus importants liés à ses activités¹ ».

Le niveau de culture de sécurité au sein d'une organisation est donc dépendant des manières de penser (valeurs, représentations, croyances) et des manières de faire (les comportements) des différents professionnels à titre individuel. Mais ces manières de penser et de faire, individuelles, peuvent être influencées par les manières de penser et de faire au niveau du collectif, de l'organisation, et également de la société.

La culture de sécurité des soins (CSS) désigne « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins² ».

Il est important de développer la culture de sécurité parce qu'elle a un impact positif sur la sécurité des patients³ et qu'elle est un prérequis indispensable à l'efficacité des outils et des méthodes de gestion des risques qui peuvent être mis en œuvre.

Le développement de la culture de sécurité est un projet qui s'inscrit dans la durée et qui nécessite l'engagement et l'implication de tous les acteurs au sein de l'établissement (professionnels de santé et management).

Mesurer la culture de sécurité nécessite de s'intéresser à différents aspects psychologiques, comportementaux et organisationnels, c'est-à-dire à évaluer ce que les professionnels ressentent (les perceptions et valeurs), ce que les professionnels font (les pratiques habituelles), et ce que l'organisation a défini (les structures et procédures).

La mesure proposée par la HAS et la FORAP, à partir d'un questionnaire complété par les professionnels, s'intéresse principalement à l'évaluation des représentations des professionnels (climat de sécurité). Cette mesure présente en soi un intérêt pédagogique fort et permet déjà de faire progresser la culture de sécurité par une simple prise de conscience de son existence.

Une campagne interrégionale a été menée en 2015 par la FORAP auprès de 166 établissements de santé issus de sept régions françaises, adhérents à une structure régionale d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients. Le climat de sécurité des 11 418 soignants répondants était globalement peu développé. Si la dimension du travail en équipe était la plus développée, cinq dimensions apparaissaient comme étant à améliorer (score inférieur à 50 sur 100) : la perception globale de la sécurité, la réponse non punitive à l'erreur, les ressources humaines, le soutien du management, et le travail d'équipe entre les services de l'établissement⁴.

Plusieurs actions ou outils d'amélioration sont disponibles et peuvent permettre d'améliorer certaines dimensions du climat de sécurité des soignants. Leur implantation dans les établissements a été favorisée au cours des dernières années par différentes voies : évolutions de la certification des établissements de santé, déclaration obligatoire des événements indésirables graves, généralisation des structures régionales d'appui à la qualité des soins et la sécurité des patients ... Toutefois, l'appropriation de ces méthodes et outils par les professionnels de santé reste à parfaire, et a pu être fragilisée par les crises sanitaires traversées récemment.

Cette nouvelle campagne nationale doit permettre de disposer d'un état des lieux national de la culture de sécurité des professionnels exerçant en établissement de santé.

¹ Institut pour une culture de sécurité industrielle (ICSI). La culture de sécurité – Comprendre et agir. Les cahiers de la sécurité industrielle, 2017.

² Cette définition a été proposée par la société européenne pour la qualité des soins (The European Society for Quality in Health Care, www.esqh.net).

³ Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open* 2017 8;7:e017708.

⁴ Quenon JL, Djihoud A, Bouget M, Dutoit L, Thomet H, Daucourt V, et al. Mesure du climat de sécurité des soignants dans les établissements de santé de sept régions françaises – Principaux résultats et priorités pour la sécurité des patients. *Risques & qualité*. 2019 Mars 2019;16(1):9-17

II. OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE

L'**objectif principal** de la campagne est de permettre aux établissements de santé volontaires de :

- disposer d'un diagnostic (partagé) de la culture de sécurité des professionnels à l'échelle de l'établissement ou des **collectifs de travail collectifs de travail** identifiés ;
- définir, après analyse des résultats avec les professionnels, des actions permettant d'améliorer les dimensions de la culture de sécurité les moins développées.

Les **objectifs secondaires** sont, au niveau national ou régional, de :

- disposer d'un état des lieux national de la culture de sécurité des professionnels exerçant des soins, dans les établissements de santé ;
- partager les enseignements issus des analyses locales, afin de proposer au niveau régional, un plan d'actions en faveur de l'acculturation des professionnels des établissements de santé.

III. PILOTAGE

La mise en place d'une équipe de pilotage de la campagne, au sein de chaque établissement volontaire, est indispensable. Cette équipe peut être composée :

- de membres de la gouvernance (directeur, directeur qualité-sécurité des soins, président de CME, directeur des soins, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, etc.) ;
- de professionnels de santé engagés dans la campagne (cadre de santé et responsable du ou des collectifs de travail ciblés) ;
- d'un membre de l'équipe qualité et/ou de gestion des risques.

Il est également nécessaire de désigner un pilote et un référent pour la campagne.

- Le **pilote** est chargé d'impulser et de soutenir la démarche au sein de l'établissement et auprès de l'ensemble des professionnels. Sa position doit lui permettre de porter la campagne et ses résultats au plus haut niveau d'engagement de l'établissement.
- Le **référent** est chargé d'assurer le bon déroulement de la mesure auprès des professionnels. Son rôle est, à partir du présent guide, d'assurer la conduite opérationnelle du projet et de permettre une participation optimale des professionnels concernés par la mesure.

La coordination des différents acteurs de la campagne s'effectue lors de temps d'échanges à l'occasion de comités de pilotage dédiés.

Participation des professionnels :

Les données issues de la littérature sur la culture de sécurité montrent fréquemment un faible taux de participation associé à ce type d'enquête⁵. Or, un nombre insuffisant de réponses rend l'interprétation des résultats difficile, avec le risque d'obtenir un reflet de l'opinion de quelques professionnels plutôt qu'une mesure de la culture de sécurité représentative du collectif de travail enquêté. Les contraintes de terrain (manque de disponibilité des professionnels, difficulté à s'isoler, absence de lieu adapté pour remplir le questionnaire, etc.) et l'inquiétude vis-à-vis du respect de la confidentialité constituent les principaux freins.

On considère que les résultats sont représentatifs des perceptions, des attitudes et des pratiques déclarées des professionnels en matière de sécurité des soins, dans leur collectif de travail, à partir d'un taux de participation d'au moins 60 %.

Une bonne préparation de l'enquête est donc indispensable pour obtenir une participation élevée des professionnels. Cette préparation inclut notamment :

- une communication sur le projet à l'ensemble des professionnels de l'établissement (affichage, courrier électronique, journal interne, etc.) ;
- une communication plus ciblée au personnel du ou des collectifs de travail participants (réunion d'information, staff, transmissions jour/nuit) ;
- la mise en place d'un accès facile au questionnaire, qu'il soit au format « papier » (distribution en mains propres ou mise à disposition dans service, salle de pause, bureau médical, secrétariat) ou en ligne (messagerie professionnelle, intranet) ;
- des rappels fréquents par l'encadrement et le référent de l'enquête tout au long de la période de recueil pour inciter un maximum de professionnels à participer.

⁵ Ellis LA, Pomare C, Churruca K, Carrigan A, Meulenbroeks I, Saba M, et al. Predictors of response rates of safety culture questionnaires in healthcare: a systematic review and analysis. *BMJ Open* 2022;12:e065320.

Différentes étapes sont nécessaires à la préparation de la campagne :

- informer les instances de l'établissement dont les organisations représentatives des salariés et le comité stratégique d'établissement (CSE) (réunions d'instances, affichage, courrier électronique, journal interne, etc.) ;
- identifier les collectifs de travail éligibles et lister pour chacun d'eux les professionnels qui les composent. Le nombre total de professionnels concernés est indispensable au calcul du taux de participation (dénominateur) ;
- informer et sensibiliser les professionnels des collectifs de travail volontaires sur les objectifs et les retombées attendues de la campagne, les règles de confidentialité, le mode de recueil des données, la restitution des résultats, leur implication nécessaire dans la définition, la mise en place d'actions d'amélioration, etc.

IV. MISE EN ŒUVRE DE LA MESURE

1. Outil de mesure

L'outil de mesure est la version française, testée et validée par le Ccecqa, du questionnaire *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC) développé sous l'égide de l'agence américaine *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)⁶. Il a été traduit de l'anglais par un groupe de chercheurs participant à un projet de recherche du Ccecqa sur les systèmes de signalements des événements indésirables liés aux soins et validé dans le cadre du projet « Consortium Loire-Atlantique–Aquitaine–Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé »⁷. L'outil a été révisé en 2023 par un groupe de travail de la FORAP, afin d'adapter le vocabulaire utilisé aux pratiques actuelles, sans modifier le sens original des items. Trois items, qui n'entraient pas dans le calcul des scores par dimension ont par ailleurs été retirés de l'outil de mesure.

Cet outil est composé de 43 items au total :

→ 40 items organisés selon cinq grandes sections

- A. Votre collectif de travail ;
- B. Votre supérieur hiérarchique immédiat ;
- C. Communication ;
- D. Fréquence de signalement des événements indésirables ;
- F. Votre établissement de santé.

Ils permettent de recueillir les perceptions et les attitudes des professionnels en lien avec la sécurité des soins. Chaque item est rapporté à une des dix dimensions considérées comme importantes pour la culture de sécurité (cf. tableau ci-dessous).

→ 2 items de résultats

- E. Niveau de sécurité des soins ;
- G. Nombre d'événements indésirables signalés.

→ 1 item d'information générale

- Filière professionnelle du répondant.

Aucun item n'est obligatoire. Si un professionnel ne se sent pas concerné par une question, il peut ne pas y répondre.

En fin de questionnaire, un espace est réservé au recueil des commentaires du répondant.

Les 10 dimensions de la culture de sécurité et leurs définitions :

1. Perception globale de la sécurité	La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important, le fonctionnement et les procédures du service permettent de prévenir la survenue d'erreurs, et il y a peu de problèmes relatifs à la sécurité des soins dans le service.
2. Fréquence de signalement des événements indésirables	Les erreurs suivantes sont signalées : 1) les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient, 2) les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient, et 3) les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet.
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins	Les supérieurs hiérarchiques félicitent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins, prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement, et ne négligent pas les problèmes récurrents de sécurité des soins.

⁶ Jones KJ, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture : A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. In : Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety : New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 2 : Culture and Redesign). Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008.

⁷ Consortium Loire-Atlantique–Aquitaine–Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé (Clarté). Rapport final du projet Clarté. Clarté ; juin 2013.

4. Organisation apprenante et amélioration continue	Dans le service, le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. Les erreurs conduisent à des changements positifs et l'efficacité de ces changements est évaluée.
5. Travail d'équipe dans le service	Dans le service, les personnels se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.
6. Liberté d'expression	Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie.
7. Réponse non punitive à l'erreur	Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements sont retenus contre lui, ni que ses erreurs sont notées dans les dossiers administratifs.
8. Ressources humaines	Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins, et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement.
9. Soutien du management pour la sécurité des soins	La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins.
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement	Les services de l'établissement coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

Les modalités de réponses pour les 40 items sur les perceptions et les attitudes des professionnels, correspondent à une échelle d'approbation de type Likert à cinq niveaux (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ») ou à une échelle de fréquence de type Likert à cinq niveaux (de « jamais » à « toujours »).

2. Etablissements concernés par la mesure

Sont concernés par la mesure, l'ensemble des établissements de santé volontaires, publics et privés, adhérents et non-adhérents de la SRA de leur région.

3. Périmètre de la mesure

Le niveau de culture de sécurité n'est pas homogène au sein d'un établissement de santé. En effet, en fonction des activités pratiquées et du niveau d'exposition au risque, plusieurs modèles de culture sécurité peuvent coexister au sein d'un établissement de santé et influencer le niveau de culture de sécurité des professionnels.

De ce fait, une mesure globale au niveau de l'établissement n'est pas forcément la plus appropriée, hormis dans les établissements de taille modérée, avec une activité unique ou des activités similaires.

Dans les autres établissements, il est préférable de réaliser la mesure de la culture de sécurité sur des **collectifs de travail** clairement identifiés.

Un collectif de travail se caractérise par « le partage de règles de métiers et de critères sur la qualité du travail. [...] Il se construit par la reconnaissance des compétences, la confiance, les échanges sur les valeurs. La vitalité du collectif se mesure par les réélaborations des règles⁸ ».

En établissement de santé, un collectif de travail potentiellement concerné par la mesure de culture de sécurité peut se définir par :

- un groupe de professionnels appartenant au même établissement ;
- qui a en commun la prise en charge des patients d'une spécialité ou d'un parcours défini ;

⁸ Caroly S. Collectif de travail. Dans : Valléry G, Bobillier-Chaumon ME, Brangier E, Dubois M, directeurs. Psychologie du Travail et des Organisations. 110 notions clés. Paris : Dunod, coll. Psycho Sup ; 2016. p. 101-4.

- qui dispose de règles de fonctionnement définies, mises en œuvre et reconnues au sein de l'établissement d'appartenance ;
- dont les membres ont nécessairement besoin de communiquer, de coopérer et de s'alerter pour assurer le fonctionnement en faveur de la prise en charge du patient.

Il s'agit donc d'unités de travail pouvant correspondre :

- soit à un découpage administratif : unité fonctionnelle, service, pôle, etc. ;
- soit à une logique de fonctionnement commune : le bloc opératoire, l'activité d'endoscopie, une prise en charge en sismothérapie, une prise en charge de RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie), une prise en charge en salle de césariennes, etc.

La mesure de la culture de sécurité au niveau de ces collectifs de travail va permettre une analyse plus fine des résultats, avec les acteurs concernés. Cette analyse permet alors de définir et de mettre en œuvre des actions d'amélioration plus pertinentes, en agissant en proximité sur les différentes composantes de la culture de sécurité : alerte, retour d'expérience, culture juste et travail en équipe.

La notion de volontariat des collectifs de travail est essentielle à la réussite de la mesure, d'une part pour s'assurer d'une bonne participation des professionnels à l'enquête, et d'autre part pour garantir une collaboration de ceux-ci à la définition et à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. La mesure concerne donc l'ensemble des collectifs de travail volontaires de l'établissement.

4. Professionnels concernés par la mesure

Les professionnels concernés par la mesure sont ceux :

- dispensant des soins aux patients ou accompagnant le patient au cours de sa prise en charge, c'est-à-dire, tous les professionnels étant en contact avec le patient au cours de sa prise en charge ;
- travaillant à temps plein ou à temps partiel dans le service / collectif de travail ;
- intervenant au moins une fois par semaine dans le service / collectif de travail ;
- présents dans le service / collectif de travail depuis au moins un mois.

On peut citer :

- les médecins du service, y compris internes ;
- les cadres de santé ;
- les infirmiers, y compris élèves infirmiers ;
- les aides-soignants ;
- les agents de services hospitaliers ;
- les masseur-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, enseignants en activité physique adaptée, diététiciens, psychologues, assistantes sociales ;
- les brancardiers (s'ils sont affectés de manière directe au collectif de travail) ;
- les secrétaires médicales ;
- les pharmaciens et préparateurs en pharmacie, à condition qu'ils interviennent auprès du patient au cours de sa prise en charge.

Sont exclus :

- les professionnels intervenant de façon occasionnelle et non régulière dans le collectif de travail : moins d'une fois par semaine ;
- les professionnels présents dans le collectif de travail depuis moins d'un mois ;
- les professionnels absents au cours de la période de mesure.

5. Recueil des données

Il est préconisé de fixer une **période de recueil** de six semaines maximum, à programmer **entre le 1^{er} mai et le 30 juin 2023**.

Il est essentiel de mesurer la culture de sécurité en dehors d'une période de changements importants, au cours d'une période où le personnel et l'activité du/des collectif(s) enquêté(s) sont relativement stables.

En effet, les réponses des professionnels au questionnaire peuvent être influencées par des facteurs internes à leur collectif (survenue récente d'un événement indésirable associé aux soins, changement de l'encadrement de proximité, changement du personnel, etc.) et par des facteurs externes à leur collectif (période de certification de l'établissement, arrivée d'un nouveau directeur, médiatisation récente d'un événement indésirable associé aux soins, mouvements sociaux, etc.).

Afin de faciliter le recueil, il est conseillé d'éviter les périodes de vacances scolaires.

Enfin, certains items du questionnaire étant rédigés sous forme négative, il est important de rappeler aux professionnels de bien lire chaque question avant d'y répondre.

Deux modes de recueil peuvent être mis à la disposition des professionnels, au choix de l'établissement, voire du collectif de travail. Les deux modes de recueil doivent permettre de respecter la confidentialité des données et l'anonymat du professionnel répondant :

- un mode dématérialisé où les professionnels accèdent et répondent au questionnaire en ligne, via une URL (ou un QR code) mise à leur disposition par le référent de la campagne, utilisateur de la plateforme eFORAP (cf. guide plateforme eFORAP). Ce mode dématérialisé permet de garantir l'anonymat des réponses, mais nécessite de prendre en compte les contraintes d'accès individuel au questionnaire par les professionnels ;
- un mode centralisé où chaque professionnel répond à un questionnaire au format « papier » et où les questionnaires complétés sont collectés puis saisis sur la plateforme eFORAP par le référent de la campagne, utilisateur de la plateforme eFORAP (cf. guide plateforme eFORAP).

Les questionnaires sont reprographiés et distribués à chaque professionnel concerné par la mesure, de la main à la main, via les bulletins de salaire ou lors d'une réunion de présentation par exemple. Il est important d'anticiper la centralisation des données, autrement dit le dispositif de collecte des questionnaires envisagé (ex. : boîtes de collecte visibles car dans un lieu stratégique). Cette centralisation doit respecter la confidentialité des réponses et le caractère anonyme des questionnaires, en donnant par exemple la possibilité au répondant de glisser son questionnaire dans une enveloppe individuelle avant de le déposer dans la boîte de collecte. Dans le même ordre d'idée, la traçabilité des répondants (de type feuille d'émargement) ne semble pas opportune pour assurer auprès des professionnels le caractère anonyme et confidentiel.

Il est préconisé d'utiliser un mode de recueil unique au sein d'un même collectif de travail.

V. RAPPORT DE RESULTATS

Dans le cas d'un faible taux de participation pour chaque collectif de travail (inférieur à 60 %), l'interprétation et l'utilisation des résultats sont limitées. En d'autres termes, il n'est pas possible de considérer que la participation de moins de 60% des professionnels ciblés puissent permettre de porter les perceptions du collectif du travail.

Le rapport de résultats de votre mesure de culture de sécurité peut être généré et téléchargé au format PDF directement sur la plateforme eFORAP (cf. guide plateforme eFORAP), dès l'enquête terminée.

Il présente, pour le collectif de travail ou l'établissement concerné :

- une description de l'échantillon : période de recueil ; participation totale et par filière professionnelle ; profil des répondants ; complétude des réponses ;
- un état des lieux de la culture de sécurité : scores des 10 dimensions de la CSS :
 - le score moyen par dimension correspond à la moyenne des proportions de réponses positives (c'est-à-dire en faveur d'une culture de sécurité développée) des différents items se rapportant à cette dimension ;
 - lorsque le score moyen d'une dimension de la culture de sécurité est égal ou supérieur à 75%, la dimension est dite **développée** ;
 - en revanche, si ce score est inférieur ou égal à 50%, la dimension est dite **à améliorer** ;
 - un diagramme radar à 10 dimensions permet apprécier le niveau de développement de la culture de sécurité selon chaque dimension et d'identifier celles à améliorer en priorité.
- un focus sur la perception globale de la sécurité : mise en regard du niveau de sécurité des soins perçu et de la dimension (score et items) « Perception globale de la sécurité des soins » ;
- un focus sur le signalement des événements indésirables (EI) : mise en regard du nombre de fiches de signalement des EI au cours des 12 derniers mois et des dimensions « Fréquence de signalement des EI », « Organisation apprenante et amélioration continue », « Liberté d'expression » et « Réponse non punitive à l'erreur » ;
- les points forts, les perspectives d'amélioration et les points sur lesquels il y a le moins de consensus ;
- le détail des 10 dimensions de la culture de sécurité selon leurs items. Les réponses aux items qui composent chaque dimension sont présentées selon un diagramme en barre à trois secteurs :
 - les réponses en faveur d'une CS développée ;
 - les réponses neutres ;
 - les réponses en faveur d'une CS à améliorer ;
- l'ensemble des commentaires des répondants du collectif de travail ou de l'établissement est listé en fin de rapport.

NB : pour des raisons liées au mode de calcul des scores, les rapports de résultats consolidés, c'est-à-dire ceux considérant les données de **plusieurs collectifs de travail ou établissements**, doivent faire l'objet d'une demande spécifique à la SRA.

VI. RESTITUTION DES RÉSULTATS et ACTIONS D'AMÉLIORATION

1. Préparer la séance de restitution des résultats auprès des professionnels à partir du rapport de résultats.

Le comité de pilotage doit se réunir pour préparer la restitution des résultats aux professionnels. L'affiche d'annonce de la restitution des résultats auprès des collectifs de travail, pourra vous aider pour la communication auprès des professionnels.

Une restitution partagée et discutée participe déjà en soi à l'amélioration de la culture de sécurité.

Il est indispensable de restituer les résultats de l'enquête a minima aux participants. En effet, l'appropriation et la discussion des résultats conditionnent l'engagement de chacun aux actions définies.

Dans l'idéal, cette restitution des résultats aura lieu dans le trimestre suivant la conduite de l'enquête.

L'objectif de cette étape de restitution auprès des professionnels est de vous permettre d'identifier les forces et les points d'amélioration du collectif de travail ou de l'établissement, afin de progresser collectivement à partir d'un constat partagé et discuté.

Vous pouvez vous appuyer sur le [guide « Enquêtes sur la culture de sécurité : comprendre et agir »](#) (HAS-FORAP, 2019) pour préparer et animer les restitutions auprès des professionnels.

2. Animer la séance de restitution des résultats auprès des professionnels

Quel que soit le périmètre de réalisation de l'enquête, la restitution doit se faire à un niveau qui a du sens et au plus près des professionnels. Le collectif de travail reste le niveau de restitution le plus pertinent.

La restitution est une opportunité pour la gouvernance et le(s) collectif(s) de travail de construire un diagnostic partagé qui conduit les professionnels à prendre conscience de l'intérêt du changement et des modifications à opérer.

Quel que soit le type de restitution privilégié, il est important de :

- rappeler qu'il s'agit de l'expression de la perception des professionnels ;
- valoriser les résultats positifs ;
- prendre en compte les verbatims ;
- utiliser les résultats pour susciter la réflexion et les échanges sur les perspectives et les actions à poursuivre ou à mettre en œuvre : « Est-ce que ces résultats vous interpellent ? Pensez-vous qu'ils correspondent à votre collectif de travail ? » ;
- co-construire avec les professionnels : « Que peut-on faire ensemble ? Qu'est-ce qui fonctionne bien ? Que pourrions-nous systématiser ? Améliorer ? Sommes-nous tous d'accord pour dire que nous avons besoin d'améliorer ce point ? Qu'il faut poursuivre nos efforts ? » ;
- s'interroger sur les outils disponibles : « Sont-ils correctement utilisés ? Peut-on en améliorer l'utilisation ? Comment ? » ;
- rester à l'écoute des équipes.

Il est important de garder en tête qu'une action peut participer à développer plusieurs thématiques.

Les instances de l'établissement (CME, gouvernance, commission des usagers, etc.) doivent être informées des résultats. Enfin, vous devez prévoir le suivi et la traçabilité des actions à mener.

La participation collective aux décisions est un élément important de la mobilisation de tous les acteurs.